

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 100

SUR UN CAS DE PAPILLOME DE L'ANUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Février 1922

PAR

François-Ferdinand LASSÉGUETTE

Né à Came (Basses-Pyrénées), le 29 Janvier 1895

Examineurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur.....	Président.
SABRAZES, professeur.....	Juges.
PRINCETEAU, professeur...	
CARLES, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 100

SUR UN CAS DE PAPILLOME DE L'ANUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Février 1922

PAR

François-Ferdinand LASSÉGUETTE

Né à Came (Basses-Pyrénées), le 29 Janvier 1895



Examineurs de la Thèse

{	MM. VILLAR, professeur	} <i>Président.</i>	
	SABRAZES, professeur		} <i>Juges.</i>
	PRINCETEAU, professeur		
	CARLES, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile et orthopédie..	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGOUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad.cuta-	
Hygiène	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires...	POUSSON.
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie	MOURE.
médicale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatom. et embryologie.	N... N...		
Histologie	LACOSTE (chargé)	Médecine générale.....	DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)	Maladies mentales....	MICHELEAU.
naturelles	N...	Médecine légale.....	PERRENS.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.		LANDE.
Chimie biolog. et médic.	N...	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Anatomie pathologique..	MURATET.		ROCHER.
	PETGES.	Obstétrique	DUVERGEY.
Médecine générale.....	CARLES (J.).		PAPIN.
	MAURIAC.	Ophtalmologie	PERY.
	LEURET.	Pharmacie	FAUGERE.
			TEULIERES.
			LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les	
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation pro-	
fessionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE
MORT POUR LA PATRIE

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de mon affection.

A MES SŒURS ET A MON FRERE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR SABRAZES

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Sur un Cas de Papillome de l'anus

INTRODUCTION

Dans le service de notre Maître, M. le Professeur Villar, nous avons observé une tumeur pudiculée de l'anus, qui par ses caractères particuliers a attiré notre attention.

Dans un premier chapitre, après avoir exposé l'observation et décrit la tumeur, nous envisagerons le diagnostic avec toutes les tumeurs pédiculées de l'anus, et en premier lieu avec les tumeurs malignes.

Dans un second chapitre nous poserons le diagnostic avec les tumeurs bénignes; nous confirmerons par un examen histologique, les données cliniques, et dans un troisième nous décrirons le traitement.

Avant de commencer ce modeste travail, il est pour nous un devoir bien doux à remplir et que nous accomplissons de grand cœur.

A nos parents, si bons, si affectueux, dont la sollicitude pour nous ne se démentit jamais, nous offrons l'hommage de notre filiale piété.

Notre reconnaissance est particulièrement vive à l'égard de

M. le Professeur Villar, qui nous a maintes fois donné des preuves de sa bienveillance, et qui aujourd'hui encore a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Tout ce que nous savons en chirurgie, nous l'avons appris à sa clinique magistrale, et nous ne saurions redire sans émotion combien il fut bon et accueillant envers nous.

Nous ne saurions terminer sans adresser un hommage collectif de profonde reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine et à tous ceux qui, de près ou de loin, ne nous ont pas ménagé leurs conseils.

Qu'il nous soit permis enfin, d'adresser ici, un souvenir ému à tous ces vrais amis, qui ont partagé les heures tristes ou gaies de notre vie d'étudiant : nous ne les oublierons jamais.



CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLAR)

Le nommé H... Léopold, âgé de 35 ans, chauffeur d'automobile, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le Professeur Villar, le 24 octobre 1921.

Le malade ne présente aucun antécédent pathologique, soit héréditaire soit personnel. Il y a cinq à six mois, il a constaté l'apparition de légères pertes sanguines par l'anus. Il y a environ un mois, dans un effort de défécation, il sentit sortir par l'orifice anal, une petite boule. Le malade n'étant pas constipé, ne souffrait ni avant ni après la défécation.

Examen de l'anus. — D'une façon générale paraît tout à fait normal, mais on constate au niveau de la partie latérale droite de l'orifice anal, l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette, lisse, un peu pédiculée, de consistance rénitente. La muqueuse non ulcérée, d'aspect inflammatoire, était adhérente à la masse.

A quelle variété de tumeur de l'anus avons-nous affaire ? Le diagnostic se pose avec toutes les tumeurs pédiculées soit bénignes, soit malignes.

Nous aborderons tout d'abord les tumeurs malignes qui sont les moins fréquentes.

Tumeurs malignes de l'anus

Parmi les tumeurs malignes de l'anus qui peuvent prêter à confusion avec la tumeur de notre malade, on ne peut envisager que les tumeurs pédiculées non ulcérées.

Le cancer épithélial de l'anus, qui peut parfois prendre la forme végétante, ne saurait retenir longtemps notre attention. Il constitue bien une tumeur nettement saillante, mais largement sessile et à bords mal circonscrits. A la période pré-ulcéreuse, elle a une consistance ferme; la surface, de forme plus ou moins régulière, est recouverte d'une muqueuse adhérente aux plans profonds.

Le sarcome mélanique dans ses formes pédiculées, offre des analogies plus frappantes avec la tumeur en question et mérite une étude plus approfondie.

Sarcome mélanique.

Les sarcomes primitifs de la région ano-rectale sont le plus souvent des sarcomes mélaniques dans la proportion de 60 % d'après Clavel, 70 % d'après Heller. D'une façon générale la tumeur est bas située. Cette remarque a été faite par plusieurs auteurs. « Il paraît se dégager de la lecture des observations, cette notion importante d'un siège peu élevé », écrivait Quénu et Hartmann. Loques trouve le siège rectal un peu plus fréquent que le siège anal, mais toujours, dit-il, la tumeur se montre à l'extrémité inférieure de l'ampoule.

D'après Chalier et Bonnet, dans 15 cas, la tumeur est implantée au niveau de l'anus lui-même, soit dans le canal proprement

dit, soit dans la zone ano-cutanée, 19 fois la tumeur occupe le rectum, mais le plus souvent elle commence à peu de distance au-dessus de l'anus, et occupe la portion sphinctérienne ou l'extrémité inférieure de l'ampoule. Enfin, dans 9 observations, la tumeur empiète plus ou moins à la fois sur l'anus et sur le rectum. Il résulte de ces chiffres que la mélanose se localise de préférence à l'anus lui-même ou dans les régions basses du rectum. Les formes hautes sont exceptionnelles, et ne correspondent qu'à la propagation en hauteur de néoplasmes primitivement bas situés.

Dans beaucoup de cas la mélanose reste localisée à une seule paroi du conduit ano-rectal, c'est en général à la paroi postérieure; parfois sur les parois latérales droite ou gauche, très rarement sur la paroi antérieure.

D'une façon générale, le sarcome ano-rectal forme une masse unique plus ou moins volumineuse et bien individualisée, même quand elle est irrégulière. Mais elle peut former des tumeurs multiples, bien distinctes, séparées les unes des autres par des intervalles variables de tissu sain.

Les dimensions des tumeurs mélaniques sont des plus variables. Les plus petites sont pisiformes ou forment des nodules miliaires, les plus grosses atteignent le volume d'un poing d'adulte. Entre ces dimensions extrêmes on peut trouver tous les intermédiaires, et les auteurs ont dû varier à l'infini les termes de comparaison pour indiquer approximativement le volume des tumeurs observées; c'est ainsi qu'ils les ont successivement comparées à une cerise, à une noisette, à un œuf de pigeon, à une orange.

Une des caractéristiques anatomiques de la mélanose ano-rectale, c'est de faire une saillie plus ou moins marquée dans la lumière du canal. La tumeur s'implante dans la paroi, au-dessous de la muqueuse, soit par une base large, soit, le plus souvent, par une portion rétrécie, qui lui constitue un véritable pédicule. Cette pédiculation est la tendance habituelle des nodules mélaniques, et souvent sur la même pièce anatomique, on peut reconnaître les étapes de cette transformation polypeuse.

A côté de nodules sessiles, soulevant légèrement la muqueuse, il en est de plus saillants qui font issue en quelque sorte et qui ne restent reliés à la paroi que par une attache courte et épaisse; d'autres enfin sont franchement pédiculés et mobiles sur leur base d'implantation. C'est là ce qui explique le prolapsus fréquent, à travers l'anus, de tumeurs nées plus haut, véritables polypes accouchés à travers cet orifice.

Les tumeurs pédiculées sont très fréquentes. Elles se rencontrent, d'après Loques, dans la proportion de 33 %. D'après les recherches de Charlier et Bonnet, la forme polype est assez habituelle, puisqu'ils ont trouvé l'existence d'un pédicule signalé formellement dans 15 cas, sur un nombre à peine plus considérable d'observations, où l'examen anatomique fut l'objet d'une description précise.

Lorsque la tumeur est pédiculée, le polype ainsi formé peut constituer à lui seul toute la tumeur. Il repose alors sur une paroi souple, comme si toute la néoformation avait passé dans la tumeur. Le pédicule n'est constitué, dans ce cas, que par la muqueuse, qui est normale ou faiblement pigmentée. Dans d'autres cas, le polype n'est qu'une émanation d'une tumeur plus profonde, sur laquelle son pédicule est implanté largement par une base indurée, de telle sorte qu'il y a continuité directe, entre la tumeur et son prolongement polypeux.

Le cas de Tuffier semble un stade intermédiaire entre ces deux modes d'implantation et de constitution du pédicule, puisque dans l'une des trois tumeurs pédiculées qu'il décrit, « le pédicule long de 2 cm, présentait un aspect moniliforme par la présence à son intérieur d'un second noyau du volume d'une petite noisette; dans l'intervalle des points d'implantation des pédicules, la muqueuse était saine et normale.

La forme de la tumeur est aussi variée que ses dimensions. Toutes les comparaisons que nous avons signalées relativement au volume, s'appliquaient, dans la pensée des auteurs, aussi bien à la forme qu'aux dimensions. Le plus généralement, la tumeur dans son ensemble est bosselée, marronnée, lobulée, bourgeonnante, donnant alors l'impression d'une amygdale avec ses folli-

cules enduits de mucus (Tuffier), d'un champignon (Raecke), d'une grappe de raisins (Gross, Kosch).

Mais chaque nodosité, considérée isolément, et en particulier les tumeurs appendues à un pédicule, sont régulièrement arrondies ou ovoïdes, tantôt couvertes d'une muqueuse, lisse et intacte, tantôt, au contraire, ulcérée. Très souvent, il ne s'agit que d'érosions superficielles, discrètes, qui modifient peu la forme extérieure; d'autres fois ces ulcérations sont multiples, profondes, confluentes.

Sous la muqueuse, ulcérée ou non, la coloration de la tumeur apparaît bleuâtre dans les points où la muqueuse existe encore, franchement noire lorsque la tumeur a déjà effondré son revêtement muqueux. Par places, des épanchements sanguins sous-muqueux, donnent à la surface une coloration violacée, qui masque la couleur sépia, caractéristique de la mélanose. Cet aspect mélanique, d'ailleurs, n'apparaît souvent que lorsque la surface de la tumeur a été débarrassée de l'enduit glaireux, sanieux ou sanguinolent qui la recouvre.

La consistance des tumeurs pédiculées est en général uniformément élastique et rénitente.

L'étude histologique des tumeurs mélaniques ano-rectales est fort difficile. Ces tumeurs sont considérées par la plupart comme des sarcomes. Loques a distingué des types anatomo-pathologiques différents :

- 1° Le mélano-sarcome à cellules rondes;
- 2° Le mélano-sarcome à cellules fusiformes;
- 3° Le mélano-sarcome globo-fuso-cellulaire;
- 4° Le mélano-sarcome à cellules géantes.

Dans toutes ces tumeurs, la mélanine se rencontre à la fois dans les cellules où elle est en granulations et dans les espaces intercellulaires où elle forme parfois de véritables amas. Chalié et Bonnet ont récemment repris l'étude histologique des tumeurs mélaniques; ils concluent que ces tumeurs sont non pas des sarcomes, mais des épithéliomas à type malpighien, ayant leur point de départ sur la muqueuse anale. Ils se basent surtout sur le point d'origine de la tumeur. Ils ont pu, dans un cas personnel longue-

ment relaté, saisir nettement ce point de départ sur la muqueuse anale. La forme et l'ordination des cellules est pour eux absolument analogue à celle des épithéliomas cutanés. Dans les cas où la naissance de la tumeur ne paraît être rapportée à l'épithélium anal lui-même, on peut émettre l'hypothèse que le point d'origine est une inclusion épidermique. Ces faits ne sont point rares dans des régions embryologiquement complexes.

Pour Chaliér et Bonnet, les tumeurs mélaniques primitives de la région ano-rectale sont des épithéliomas cutanés à point de départ anal, capables de devenir cliniquement des tumeurs du rectum, par infiltration progressive de long de la sous-muqueuse vers le haut.

Les symptômes des tumeurs mélaniques sont au début peu marqués. Les troubles fonctionnels sont ordinairement atténués : simple sensation de pesanteur, de corps étranger. Les douleurs peuvent, dans certains cas, être très vives. D'autres fois, une hémorragie, de la diarrhée persistante, de la constipation, constituent les premiers signes. Chez certains, le début clinique ne se fait point par des troubles fonctionnels, mais par l'apparition de la tumeur ou d'adénopathie ganglionnaire. Parfois le début est absolument latent, et les troubles généraux précèdent toute manifestation locale.

Ultérieurement, les symptômes des tumeurs mélaniques ano-rectales sont ceux des tumeurs malignes de cette région : les troubles fonctionnels s'exagèrent, les écoulements par l'anus apparaissent, l'état général faiblit. L'adénopathie inguinale peut, comme on l'a parfois observé, constituer le premier symptôme. Elle apparaît toujours très rapidement au cours de l'évolution.

*
* *

Le malade était-il porteur d'un sarcome mélanique pédiculé de la région ano-rectale ? Vu les faibles dimensions de la tumeur, on ne peut qu'envisager le cas d'un sarcome mélanique à ses débuts. Les troubles éprouvés par le malade sont presque nuls, quelques légères pertes sanguines il y a six mois, une vague

sensation de pesanteur due à la procidence de la tumeur, pas de troubles de la défécation. Dans le sarcome mélanique anal, comme nous l'avons décrit plus haut, les troubles fonctionnels peuvent être très discrets, surtout au début. Ce n'est donc pas de ces signes que nous devons tirer quelque lumière : ils sont d'ordre banal, et ne diffèrent pas de ceux auxquels donnent lieu les autres tumeurs bénignes ou malignes de l'anus.

Le bon état général du malade ne doit pas nous faire rejeter l'idée de sarcome mélanique, car au début les tumeurs malignes n'ont guère de retentissement sur l'état général, et dans le sarcome surtout, on est souvent frappé par le bon état de santé de certains malades qui pendant longtemps n'accusent qu'un léger amaigrissement. Leur appétit est généralement conservé, ils n'ont ni teint cachectique, ni traces d'œdème.

Plus importants au point de vue du diagnostic sont les signes physiques. La tumeur du malade occupe la marge de l'anus; le sarcome mélanique peut également siéger dans cette région quoique le siège le plus fréquent soit les parties basses du rectum. On ne peut guère non plus se baser sur le volume de la tumeur pour les différencier l'une de l'autre, car entre le sarcome de la grosseur d'un pois à celui d'une orange, toutes les dimensions intermédiaires existent.

Le sarcome mélanique non ulcéré se présente comme une tumeur sous-muqueuse, formée de masses marronnées, parfois de consistance inégale, recouverte d'une muqueuse lisse et régulière. Chez notre malade, la tumeur ne présente pas de bosselures, la muqueuse est également lisse, mais par le toucher on sent que cette muqueuse n'est pas indépendante de la tumeur, elle fait corps avec elle. Dans le sarcome, au contraire, la muqueuse glisse sur la tumeur tant qu'elle n'est pas parvenue au stade d'ulcération.

La sarcomatose s'accompagne d'un envahissement précoce des ganglions inguinaux, d'aspect néoplasique, non inflammatoire; cette hypertrophie ganglionnaire est généralement localisée au groupe supéro-externe. Suivant la période de la maladie, la palpation fera reconnaître, soit quelques ganglions peu volumineux

arrondis et durs, mobiles, soit un ganglion unique, un peu volumineux, dur et adhérent, soit plus tard, une véritable masse ganglionnaire, formée par la réunion d'un gros ganglion central et de quelques satellites. Dans ce dernier cas, la tumeur ganglionnaire est visible à l'inspection, elle occupe la partie interne du triangle de Scarpa; elle est multilobée, indolente, peu ou pas mobile, rénitente, parfois ramollie au point le plus saillant. L'adénopathie inguinale est souvent unilatérale, du moins en apparence. Parfois elle est bilatérale, mais prédomine toujours d'un côté.

Notre malade ne présentait pas d'adénopathie inguinale. Pour tous ces caractères, l'absence de pigmentation bleuâtre surtout, nous devions rejeter le sarcome mélanique et rechercher ailleurs, dans les tumeurs bénignes très fréquentes à l'anus, les éléments du diagnostic.



CHAPITRE II

Tumeurs bénignes de l'anus

On peut bien rencontrer dans la région anale, des lipomes pédiculés, reconnaissables à leur consistance molle et à leur fine lobulation, de même que des angiomes et des enchondromes, mais ces tumeurs sont assez rares. D'autres, telles que les condylomes, les végétations, sont bien plus fréquentes et méritent de retenir notre attention. Les hémorroïdes, qui au point de vue histologique ne constituent pas une tumeur, mais se présentent sous le même aspect clinique que les tumeurs, anales, seront néanmoins examinées dans ce chapitre.

Hémorroïdes.

Les hémorroïdes internes, qui par une irritation progressive par les efforts de la défécation peuvent se pédiculiser et apparaître dans la région anale, ne rentrent pas dans le cadre des tumeurs de l'anus. Nous n'envisagerons que les tumeurs nées dans cette région, c'est-à-dire les hémorroïdes externes : dilatations variqueuses des veines hémorroïdales inférieures.

Elles sont situées au-dessous du sphincter, dans la partie inférieure du canal anal. Dans les premières phases de leur évolution, il existe tout simplement sur les veinules, de petites dilatations en ampoules : ce sont des hémorroïdes en miniature. Ces ampoules grossissent de plus en plus et dans les hémorroïdes

externes mesurent de 7 à 8 millimètres. Les dilatations ampullaires deviennent fusiformes, irrégulières; elles se multiplient, se juxtaposent par les flexuosités et les coudures des veines qui les portent. C'est cette réunion qui constitue la tumeur hémorroïdaire. Une hémorroïde dans le sens clinique du mot, n'est donc jamais constituée par une ampoule, unique et volumineuse. Elle est toujours due au groupement d'un certain nombre de dilatations et de flexuosités appendues à un ou deux troncles veineux.

Les hémorroïdes externes forment des tumeurs sessiles; tantôt elles sont tout entières recouvertes de muqueuse, on les dit muqueuses; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, leur face interne est recouverte de muqueuse, et leur face externe de peau; on les dit cutanéomuqueuses. Enfin elles sont quelquefois plus en dehors et tout entières recouvertes de peau; on les dit cutanées.

Parfois, il n'y a qu'une seule hémorroïde externe, très souvent il en existe plusieurs, et l'anus peut en être entouré. Cependant la couronne n'est pas complète, elle est le plus souvent formée de quatre paquets, deux à droite, deux à gauche, et les sillons, l'un antéro-postérieur, l'autre transversal, qui les séparent, sont en forme de croix. Il faut noter que les tumeurs hémorroïdaires externes sont latérales; elles ne sont jamais ni franchement antérieures, ni franchement postérieures.

Dans une hémorroïde, la paroi veineuse subit des altérations histologiques : tantôt elle est amincie, tantôt elle est épaissie.

L'épaississement ne porte pas toujours sur les mêmes éléments, ni sur la même tunique. Quelquefois tout au début, il existe une véritable hyperplasie musculaire. Mais plus tard l'élément contractile disparaît et est remplacé par un tissu conjonctif lâche, une sorte de tissu muqueux. Le plus souvent, c'est la tunique interne qui est altérée et l'épaississement est dû à un bourgeonnement de l'endoveïne qui prend le caractère d'un tissu embryonnaire.

Quand la dilatation veineuse est considérable, la paroi du vaisseau est plutôt amincie qu'épaissie. Dans ce dernier cas, la tumeur hémorroïdaire prend l'aspect d'un tissu caverneux. Il arrive aussi, lorsque les vaisseaux amincis viennent au contact,

que la paroi se résorbe en certains points. Ainsi des veines voisines entrent en communication les unes avec les autres, les cavités vasculaires deviennent alors tout à fait irrégulières, et l'aspect caverneux est encore plus accentué. Ce sont ces modifications secondaires qui ont fait considérer les hémorroïdes comme des kystes hématiques.

Sous l'influence de l'inflammation, les vaisseaux peuvent se thromboser. Puis, là comme ailleurs, le caillot est envahi par les végétations de l'endoveine et le vaisseau oblitéré se transforme en tissu fibreux. Les hémorroïdes qui ont subi cette transformation ne sont plus qu'une masse fibreuse, ce sont des marisques.

Au début, les hémorroïdes ne donnent lieu qu'à des symptômes insignifiants ou même nuls, à moins qu'elles ne saignent. Une vague pesanteur, la persistance de la sensation du besoin après l'évacuation des matières, des démangeaisons, et c'est tout. Il faut dire que parfois ces démangeaisons sont extrêmement pénibles.

Les téguments qui recouvrent les hémorroïdes, soit peau, soit muqueuse, ont leur couleur normale. La tumeur est indolente, souple, molle; elle est dépressible, c'est-à-dire que sous l'influence de la pression qui chasse le sang qu'elle contient, elle diminue légèrement de volume. Par contre, elle tend à augmenter, lorsque le malade fait des efforts. Quelquefois ces hémorroïdes s'exulcèrent par frottement et leur surface suinte un peu.

Lors de la crise, de la fluxion hémorroïdaire, comme on disait, la scène change : de faux besoins paraissent, des épreintes, des battements, et bientôt une douleur vive, très vive même, que les moindres mouvements et surtout les efforts, augmentent. La défécation devient particulièrement pénible, et souvent ce cortège douloureux s'accompagne d'une réaction générale : un peu de malaise avec une légère ascension de température. Les hémorroïdes sont alors devenues plus volumineuses, elles atteignent les dimensions d'une grosse noisette, d'une petite noix. Leur couleur a changé, elles sont violacées, livides; leur consistance également, elles sont devenues fermes, rénitentes. La peau ou la muqueuse tendue à leur surface, semble sur le point de se déchi-

rer. La fluxion hémorroïdaire n'est qu'une phlébite hémorroïdaire. Au bout de huit jours en général, la crise se termine par la résolution. Dans certains cas, elle est par contre plus intense : l'hémorroïde se rompt et laisse échapper un caillot noirâtre; il s'est produit un abcès hémorroïdaire. Alors peuvent apparaître des accidents infectieux graves, mais ils sont en général exceptionnels.

Parfois l'inflammation a été vive, les veines s'oblitérent, l'hémorroïde se transforme en une masse fibreuse de consistance ferme.

*
* *

Les hémorroïdes constituant une affection très fréquente, on ne saurait les passer sous silence dans le diagnostic d'une tumeur anale.

Les hémorragies relatées par notre malade devaient nous faire envisager la possibilité d'hémorroïdes; ces dernières formées d'un agglomérat de veines dilatées et altérées, cèdent à la tension sanguine, sous la moindre pression, le moindre effort. Mais, fait assez caractéristique, ces pertes sanguines depuis cinq mois, ne se sont plus reproduites chez notre malade, alors que chez les hémorroïdaires elles sont si répétées.

La tumeur de notre malade occupait la partie latérale de l'orifice anal; c'est également le siège des hémorroïdes externes qui jamais ne siègent à la partie antérieure ou postérieure de l'anüs.

Les hémorroïdes ont des caractères particuliers. Très rarement elles se présentent sous l'aspect d'une tumeur unique; elles constituent des paquets multiples, irréguliers, séparés les uns des autres par des sillons. Molles au toucher, à la pression, elles se vident du sang qu'elles contiennent, elles diminuent de volume et sont dites dépressibles.

La tumeur en question est unique, lisse, sans irrégularités à la surface, rénitente au toucher; à la pression comme sous l'effort de la toux, elle conservait à peu près les mêmes dimensions.

Par suite du voisinage avec le bol fécal, les hémorroïdes sont

souvent sujettes à des poussées inflammatoires; notre malade n'a jamais accusé de phénomènes douloureux depuis le début de son affection qui remontait à au moins six mois, date d'apparition de légères pertes sanguines. Dans la suite il a éprouvé une sensation de pesanteur à l'anus, mais pas de troubles de la défécation, l'issue de la tumeur par l'orifice anal l'a intrigué et amené à la consultation de M. le Professeur Villar.

Si d'après ces données nous pouvons rejeter le diagnostic d'hémorroïde simple, il y existe d'autres hémorroïdes qui, ayant subi la transformation fibreuse, présentent avec notre tumeur un caractère commun, la dureté à la palpation. Mais nous avons déjà décrit que cette transformation en marisques était l'aboutissant d'une série d'inflammations aiguës, et notre malade n'en a jamais présenté.

Un autre caractère tranchera nettement la différence entre ces deux tumeurs. Dans les marisques, comme d'ailleurs dans les hémorroïdes simples, la muqueuse glisse sur la tumeur, tandis que dans le cas qui nous concerne, elle est adhérente ou plutôt fait corps avec elle.

Condylomes.

« Sont des petites tumeurs adhérentes au tégument, siégeant exclusivement sur la frontière ano-rectale et coïncidant toujours avec une ulcération vénérienne, dont la loi d'évolution est une guérison spontanée, après cicatrisation de l'ulcère primitif. »

Avant de considérer anatomiquement et cliniquement le condylome, surtout avant de rechercher quel mécanisme interne prend à sa formation, il nous faut montrer que, abstraction faite de quelques cas très rares, il relève de deux lésions principales, la plaque muqueuse et le chancre mou, et que, malgré sa parenté si proche avec des lésions éminemment vénériennes, il n'est cependant que le produit inflammatoire d'une irritation simple.

La syphilide papulo-hypertrophique de Fournier, la plaque muqueuse nummulaire se développe aisément à l'orifice anal : mais là, sous l'influence d'une pression circulaire, elle saillit,

s'amincit, se pédiculise même tout en conservant son revêtement érosif; ainsi elle va constituer le condylome vrai tel que nous l'entendons, tel que nous ne le retrouvons nulle part ailleurs qu'à la marge de l'anus. Le condylome déformé accidentellement, est anatomiquement semblable à la syphilide plate voisine de la vulve; il parcourra les mêmes phases d'évolution, se résoudra de même à la suite de l'érosion qui l'a produit : mais cliniquement il aura une physionomie propre.

Toutefois, le condylome par excellence est l'accompagnement fatal du chancre mou, sa marche nous intéresse d'autant plus, qu'à l'inverse du précédent, il n'a pas de correspondant anatomique aux parties voisines. Péan et Malassez les premiers, dans leur si remarquable étude clinique sur les ulcérations anales, saisirent la lésion dans ses véritables allures et énoncèrent que le condylome accompagne presque toujours le chancre mou anal.

Condylomes syphilitiques, condylomes chancreux, tels sont donc les deux grands genres similaires que nous rencontrons dans la région anale. Un troisième genre aurait peut-être sa raison d'être, car il est possible que le chancre induré de l'anus appelle le condylome. Toutefois nous doutons qu'une lésion qui ailleurs se nivelle au ras des téguments voisins, puisse ici, abstraction faite de la base indurée, se hérissier de productions saillantes. L'inflammation peut cependant en changer l'aspect : mais alors si le chancre s'ulcère, si ses bords se boursoufflent, il prend l'apparence du chancre mou anal.

En dehors de ces deux groupes syphilitiques et chancreux, il convient de signaler quelques cas isolés, dont la rareté même fait une curiosité pathologique.

Lermoyez a cité de petits condylomes chez une malade atteinte d'herpès confluent de la région vulvo-vaginale. Les vésicules, après rupture, avaient fait place à de petites ulcérations jaunâtres, cratériformes, dont les bords, sur certains points de l'orifice anal, se recourbaient en saillies condylomateuses extrêmement minces.

Péan et Malassez, d'autre part, parlent d'ulcère chronique de

l'anus, pouvant présenter à son extrémité externe de fort petits condylomes.

En revanche, dans la fissure à l'anus, jamais on n'a observé de condylomes : aussi bien dans sa forme douloureuse aiguë que dans sa manière d'être vulgaire, dans cette ulcération indolente et légère qui se produit mécaniquement avec tant de fréquence chez les gens constipés.

Le condylome qui accompagne uniquement les ulcères vénériens n'est que le produit inflammatoire d'une irritation simple. Il y a cependant plus qu'une coïncidence, qu'il serait vraiment remarquable de voir se produire avec cette régularité constante et sélective; il semble que les ulcères vénériens ont, pour s'entourer de ces sortes de productions, une puissance que ne possèdent pas les érosions simples ou les fissures. Mais, cette force spéciale, cette vertu propre de faire naître des condylomes, le virus ne la doit pas à son essence même vénérienne, mais à ses propriétés âcres et irritantes. C'en est presque établir une démonstration que de rappeler combien violente est l'inflammation du chancre mou comparée à celle de la plaque muqueuse, et de rapprocher le condylome chancreux rapide et turgescant, du condylome syphilitique pâle et à allures lentes; et c'est lui fournir un sérieux appoint que de dire avec Fournier, que le chancre induré, lésion torpide, ne s'entoure de condylomes que lorsqu'il s'enflamme. Péan et Malassez ont également insisté sur ce fait, que le condylome n'est pas une affection spécifique, mais bien une lésion locale due à une inflammation de voisinage; et si c'est surtout dans le chancre mou qu'il est le plus développé, c'est que, de toutes les ulcérations anales, le chancre mou est celle dont l'inflammation est la plus intense.

Le siège du condylome est toujours à la marge de l'anus, à l'extrémité extérieure de l'ulcération. Le condylome anal est une lésion essentiellement cutanée, située sur le rebord anal, qui, on le sait, est du domaine de la peau et non de la muqueuse.

Le mécanisme de sa production varie chez les syphilitiques et chez les chancreux.

Chez les syphilitiques, quand la plaque muqueuse se sera

produite au niveau de l'orifice anal, qu'elle y aura déterminé cette fluxion spéciale des tissus, qui la rend hypertrophique, nous verrons l'influence locale se manifester par des transformations nouvelles. La papule, de volume peut-être un peu exagérée par les nombreuses causes d'irritation mécanique de la région, s'écrasera peu à peu entre les plis radiés voisins, la pression continue la modifiera, l'effilera si bien qu'elle sera peu à peu énuclée, hors de l'orifice anal et forcée de se pédiculiser. D'autres fois, solidement fixée par sa base, elle s'hypertrophiera dans son ensemble et simulera, à s'y méprendre, un pli radié dans des dimensions plus grandes, mais suivant une forme semblable, conséquence fatale d'une influence anatomique normale. Et durant ces modifications, elle continuera à porter l'érosion syphilitique qui l'a produite, car du moment où celle-ci disparaît, l'appel d'éléments nouveaux s'arrête et la régression commence.

Chez les chancreux, le condylome se produit d'une toute autre façon, nulle part ailleurs, le chancre mou n'est une lésion saillante, et faute de pouvoir, comme dans le cas précédent, invoquer une analogie d'évolution, force nous est de rechercher dans les caractères propres du condylome, la condition spéciale qui le produit.

Or on remarquera que tout condylome chancreux est ulcéré en fente (chancre en feuillet de Fournier) sur un de ses côtés et que, quelles que soient les dimensions du chancre il se développe latéralement à lui, sans jamais le supporter totalement, comme il fait pour la plaqué muqueuse : c'est là que nous avons cru trouver l'explication du fait. Comme dans le cas précédent et peut-être plus encore, nous devons faire intervenir l'irritation locale de la région anale où, le passage des matières fécales, la contraction brutale d'un sphincter puissant, la stagnation facile des liquides âcres dans les plis naturels, excitent au plus haut degré le chancre; et cette irritation se concentre principalement sur la partie inférieure ou anale de l'ulcère. En général, quand un chancre mou s'enflamme, il semble se creuser encore davantage, ses bords se tuméfient, deviennent vultueux et s'exhaussent notablement au-dessus du fond ulcéré. Le chancre mou anal étant

irrité à ce point, son bord inférieur ou cutané va saillir, s'exhausser, tandis que le bord supérieur ou muqueux subira peut-être une modification analogue, mais en tout cas fort difficile à apprécier. Faisons intervenir alors la même cause qui tout à l'heure a pédiculisé la plaque muqueuse : la pression des plis radiés va s'exercer sur ce bord chancreux tuméfié, le comprimant en l'irritant davantage encore et le chassant hors de l'orifice, l'obligera à aller se développer au dehors, mais avec une liberté relative, puisqu'il sera forcé de s'allonger et de prendre la forme condylomateuse.

Le condylome chancreux n'est donc pas comme le condylome syphilitique, le piédestal entier de l'ulcère; il n'est qu'une portion externe et très limitée de son bord. Voilà pourquoi l'ulcération chancreuse ne touche jamais qu'un côté du condylome; une de ses faces est constituée par la peau marginale, l'autre représente la surface ulcérée : c'est au sommet même de la tumeur qu'est la limite du chancre. Seulement de l'action déformante de la région, il résulte ceci : que ce bord saillant a dû se replier sur lui-même, prendre la forme casi-conique; la surface ulcérée s'est appliquée à elle-même pour former une fente : et ainsi se trouve constitué le chancre en feuillet.

Tout chancre mou de l'anus enflammé devient condylomateux : et comme cette inflammation est presque constante puisqu'elle est due à une disposition anatomique normale, le condylome doit être un symptôme obligé du chancre anal.

Mais si tout chancre mou doit dans l'ensemble de son évolution régulière présenter à un moment donné un condylome, il n'en pourra pas moins, à une certaine époque de son évolution, se présenter seul précisément à cette période où jeune encore, il n'a pas subi à un degré suffisant l'influence irritante de la région. Pas plus que la plaque muqueuse qui débute, le chancre mou naissant ne s'accompagne de condylomes : il faut en moyenne dix à quinze jours pour qu'il se développe, pour qu'il s'enflamme, pour que son bord commence à saillir à l'extérieur; de sorte que nous pouvons encore mesurer l'âge de la lésion au volume du condylome.

De gros condylomes indiquent un chancre mou âgé de plus de quinze jours et permettent de se dispenser des renseignements des malades, qui, de mauvaise foi ou par négligence, datent la lésion de quelques jours seulement.

En quelques mots, voici résumé ce mode complexe d'évolution du condylome chancreux :

a) Au début, le chancre mou anal s'étend progressivement, sans se montrer au dehors, sans produire de douleur vive et échappe parfaitement à l'observation. Si à cette période on traite l'ulcération avec soin, on le verra disparaître sans avoir présenté la moindre saillie marginale.

b) Mais si on le laisse évoluer, il s'enflamme et se manifeste à l'extérieur par son satellite obligé; celui-ci augmente et persiste jusqu'à ce que la plaie tende vers la réparation. Quand le chancre a perdu sa virulence, quand sa spécificité s'est éteinte et ne laisse plus qu'une fissure inoffensive, le condylome commence à rétrograder. Sa disparition est lente et ce n'est qu'au bout de deux mois, longtemps après les derniers efforts de cicatrisation, que le rebord anal se nivelle et reprend son aspect ordinaire.

Il nous reste à esquisser rapidement et par quelques grands traits, la symptomatologie de ces condylomes.

Déjà nous connaissons le condylome chancreux, le condylome en feuillet, pour l'avoir étudié dans ses origines et dans sa marche; nous pressentons qu'il empruntera au chancre initial ses caractères de nombre et de situation.

Il sera unique ou formera au contraire une véritable couronne à gros grains, suivant que l'ulcère se localisera en un point ou entourera l'orifice d'un anneau chancreux. Multiple généralement dans le chancre primitif, il siègera isolé et seul à la partie antérieure quand la plaie aura été inoculée par une lésion virulente de la fourchette; la préférence qu'il montre pour la moitié de l'orifice qui est le plus proche de la vulve, n'est, comme pour le chancre secondaire, que le résultat d'une lésion de voisinage.

Il est rare de voir plus de cinq à six condylomes, et dans ces conditions on note que les deux plus gros, généralement l'antérieur et le postérieur, écrasent leurs voisins, et se développent

au-dessus d'eux; mais, grands ou petits, leur forme schématique est la même.

Largement pédiculés, ils ont une forme ovoïde à petite extrémité libre, suivant un axe parallèle à celui du rectum. L'étranglement de leur base est le plus souvent nul, tandis que leurs contours s'évasent doucement à mesure qu'ils tendent vers l'intérieur. Leur coloration est variable et mesure assez bien le degré d'inflammation qui les a fait naître. Rapidement éclos, les condylomes, résultats d'une irritation suraiguë, sont violacés, turgescents, veineux, tels qu'une hémorroïde prête à se rompre : et pourtant, leur veinosité est faible, puisque la stase sanguine de la grosseesse, si fatale aux produits de la vulve, influe à peine sur leur développement.

Donc, les condylomes à évolution rapide seront violacés; tandis que ceux qui évoluent lentement peuvent rester frêles et roses.

Plus tard, au moment de leur régression, ils pâlissent mais ne se pigmentent jamais.

La face interne repliée sur elle-même, présente les caractères du fond du chancre; elle se dissimule à merveille, et pour ouvrir les feuillets de ce livre, suivant la comparaison de Fournier, il faut fortement déplisser l'anus, ce qui ne se fait pas sans douleur. Dans les grands chancres, le condylome se renverse parfois et le sommet de la fente apparaît baillant en cul-de-sac.

La face externe qui se présente seule à la première inspection, est lisse et cutanée : deux caractères pathognomoniques. Jamais elle ne présente les petits grains en choux-fleurs de la végétation anale, à moins toutefois que celle-ci ne s'y implante, ni les fines érosions opalines du condylome syphilitique; c'est elle qui forme l'enveloppe de la tumeur et se continue avec la peau voisine.

Les phénomènes subjectifs douloureux sont liés au chancre et non aux saillies environnantes; peut-être y a-t-il un peu de gêne pour le malade, que les tumeurs agacent, et qui, par des atouchements fréquents, les irrite plus encore. La défécation n'en peut être directement troublée, puisque les condylomes sont à l'extérieur.

Si, souvent, les patients datent le début de leurs souffrances, de

leur apparition, c'est que la sortie du condylome marque l'entrée du chancre dans sa période d'état; c'est peut-être aussi que leur attention, maintenant attirée par des saillies palpables, leur fait ressentir plus nettement une douleur auparavant douteuse.

Le condylome syphilitique a une charpente analogue, mais dans ses dispositions extérieures rappelle tout à fait la syphilide hypertrophique vulgaire. Coloration rosée adoucie par des plaques opalines et blanchâtres, teinte muqueuse n'ayant jamais les tendances violacées, la coloration vultueuse du condylome chancreux. Disposition en longueur suivant plutôt la direction des plis radiés, s'étalant sans pédicule, surtout à la partie antérieure où il détermine l'hypertrophie du raphé périnéal médian, véritable rostrum qui surmonte l'anus, et forme le trait d'union entre le foyer d'éruption vulvaire et le foyer anal. Du reste, presque jamais d'existence isolée, comme dans l'autre cas : co-existence à peu près absolue avec les plaques vulvaires anales, et transition douce du condylome pointu à la syphilide à forme ronde.

Jamais on ne note de fente médiane : le condylome syphilitique est plein, présente des faces, sur chacune desquelles s'étale une plaque muqueuse; son revêtement érosif ne nécessite aucun diagnostic. Plus tard, quand la région aura été provisoirement dégagée, que les syphilides auront disparu, le condylome resté seul se laissera encore reconnaître par la persistance de ses caractères, par son aspect lisse, par sa pâleur, par l'aplatissement de ses formes, surtout par l'absence de fente médiane et par l'intégrité de son sommet.

Du reste, c'est le plus souvent ainsi qu'il se présente, car l'érosion syphilitique est éphémère et sa rétrocession est très longue.

Au point de vue anatomo-pathologique, d'après Lermoyez, contrairement à ce qui a lieu dans les végétations, l'hypertrophie frappe ici le derme dans son ensemble. Julien, au contraire, qui a étudié surtout le condylome syphilitique, lui trouve une ressemblance absolue avec le papillome ou verrue simple : comme lui il est formé d'une agglomération de nombreuses papilles hypertrophiées; et s'il n'a pas l'aspect finement mamelonné de la végétation, c'est qu'une épaisse coiffe épidermique, bridant les sail-

lies papillaires, donne à l'ensemble de la lésion une forme globuleuse.

*
* *
*

D'après l'exposé que nous venons de faire du condylome chancreux, nous voyons que la tumeur envisagée, à part sa forme globuleuse, n'en présente aucun caractère. Elle n'a pas cet aspect violacé, vultueux du condylome chancreux, et à l'inspection sur la face interne qui regarde l'orifice anal, il n'existe aucune trace d'ulcération (chancre en feuillet de livre de Fournier).

Elle diffère également du condylome syphilitique qui sur toutes ses faces présente une plaque muqueuse de coloration rosée avec plaques opalines. De plus, le condylome syphilitique s'accompagne de nombreuses plaques muqueuses péri-anales qui n'existent pas chez notre malade.

Lorsque les syphilides ont disparu, le condylome peut, il est vrai, se présenter avec un aspect lisse, sans érosions, mais il est encore reconnaissable à sa pâleur et à l'applatissage de ses formes; d'ailleurs le malade n'a jamais accusé au cours de son affection des érosions pouvant faire songer aux plaques muqueuses.

Il nous reste encore à envisager des tumeurs qui ont avec les condylomes une très grande parenté, les végétations anales.

Végétations.

Les végétations de l'anus sont des papillomes. Les opinions les plus singulières ont régné sur leur étiologie. On les appelait jadis mal de Saint-Fiacre. « et Dionis nous dit qu'on les considérait comme une suite du commerce que les malades ont eu avec les hommes ».

Il est certain qu'elles se développent plus souvent chez les pédérastes dont l'anus est soumis à des irritations multiples. On a regardé les végétations comme des formations syphilitiques et blennorragiques. Melchior Robert s'est introduit des végétations sous le prépuce après en avoir irrité l'épiderme, sans s'inoculer

ni la syphilis ni la blennorragie. On sait aujourd'hui qu'elles ne sont ni syphilitiques, ni blennorragiques.

Est-ce à dire que la blennorragie ne joue aucun rôle dans leur développement ? Le pus blennorragique en irritant la région, peut en déterminer la production : mais ni plus ni moins que n'importe quelle autre cause d'irritation. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et cela s'explique par la facilité avec laquelle les sécrétions vaginales peuvent couler le long du périnée jusqu'à l'anus.

Les végétations sont variables en nombre comme en volume. Tantôt elles sont discrètes, et leur volume petit, est comparable à celui d'un grain de mil, tantôt elles sont plus exubérantes et forment des tumeurs en crêtes de coq. Dans ce cas une saillie primitive se produit. De celle-ci partent des bourgeons secondaires et même quelquefois des bourgeons tertiaires naissent des secondaires. C'est donc une arborescence plus ou moins compliquée à la manière de celle des têtes de choux-fleurs. Lorsqu'un certain nombre de choux-fleurs naissent dans le voisinage les uns des autres, ce qui est habituel, il n'est pas rare que les sommités qui appartiennent à des bourgeons voisins, se fusionnent ensemble par un travail d'adhérences. C'est ce processus de coalescence portant sur un plus ou moins grand nombre de végétations secondaires, qui arrivent à former ces productions énormes parfois plus grosses que les deux poings.

On pourrait croire que toute la peau est malade sous ces grosses masses. Il faut savoir qu'il n'en est rien le plus souvent, et si on abrase la tumeur à sa racine, on est surpris de voir qu'au lieu d'une vaste plaie, il n'y a qu'un certain nombre d'îlots saignants, entourés de peau saine. Chacun de ces îlots correspond à la section du pédicule d'une végétation composée, arborescente.

Les tumeurs papillomateuses ont, dans leur ensemble, un aspect frangé. La couleur des végétations isolées est rose, mais lorsqu'elles forment des tumeurs, la surface en devient plus ou moins rouge et suintante, recouverte par places, dans les fissures en particulier, d'un exsudat séro-purulent d'odeur mauvaise. Par places des papilles rouge noirâtre se sphacèlent.

Chaque végétation est constituée par une papille dermique hypertrophiée; son centre est formé par du tissu conjonctif, généralement fibreux, ne différant guère de celui qu'on observe dans les papilles normales. Quelquefois cependant ce tissu conjonctif reste à l'état embryonnaire, et ressemble alors beaucoup à un bourgeon charnu. Les vaisseaux forment comme dans les papilles normales, des anses qui mettent en communication les artères et les veines. Ils sont souvent très abondants et il n'est pas rare que les capillaires présentent des ectasies. L'abondance et la dilatation des vaisseaux produisent des formes qui se rapprochent de l'angiokératome. Les houppes vasculaires sont en général très superficielles. On a même soutenu que les cellules épithéliales reposaient directement sur les capillaires, sans intermédiaire d'aucun tissu. Ceci n'est point exact; il existe toujours une fine couche de tissu conjonctif qui sépare les vaisseaux de l'épithélium. Cette situation superficielle rend compte des hémorragies dont les végétations sont souvent le siège.

Dans toute végétation en plus des altérations portant sur le tissu mésodermique des papilles, l'épithélium qui les recouvre se trouve épaissi.

Les végétations se développent progressivement et ne provoquent d'abord que quelques démangeaisons. Elles s'accroissent, s'irritent; leur sécrétion en devient d'autant plus considérable. Elles provoquent alors une réelle gêne, une sensation de brûlure, sans compter qu'elles accompagnent souvent une rectite, à la symptomatologie de laquelle elles se surajoutent.

La défécation est pénible, la marche parfois même difficile. Des phénomènes inflammatoires peuvent survenir qui s'accompagnent alors de douleurs intolérables. Quand elles sont peu nombreuses et implantées en dehors de la marge de l'anus, les malades dont les soins de propreté sont suffisants, peuvent les garder bien longtemps sans s'en plaindre. Implantées sur la marge de l'anus et irritées, elles sont presque aussi pénibles que la fissure.

*
* * *

Les troubles fonctionnels qui sont à peu près les mêmes dans

toutes les affections anales, n'ont rien de bien spécial dans les végétations. Nous ne nous attarderons pas sur eux, les signes physiques sont bien plus importants.

Les végétations anales sont constituées de tumeurs multiples, isolées, du volume d'un grain de mil, ou bien de tumeurs volumineuses d'aspect frangé; leur surface est alors rouge et suintante, recouverte par places, dans les fissures en particulier, d'un exsudat séro-purulent. Les végétations sont fermes au toucher, leur axe étant constitué par du tissu conjonctif.

Chez le malade, la tumeur est bien rénitente au toucher, mais elle est unique, lisse, ne présentant pas à sa surface cet aspect frangé papillomateux des végétations.



De toutes les tumeurs de l'anus que nous avons analysées dans notre ouvrage, aucune ne correspond cliniquement à la variété que nous envisageons. Seuls, les végétations et les condylomes ont avec elle un caractère commun : l'adhérence de la muqueuse à la tumeur elle-même. Il semble donc que notre tumeur se soit développée aux dépens des éléments de la sous-muqueuse et de la muqueuse anale.

L'examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. le Professeur Sabrazès a conclu de la façon suivante : Papillome de la région anale, tissu fibreux avec dilatations veineuses thrombosées.

Ainsi la tumeur avait la même constitution histologique que les végétations et les condylomes.

On sait que les papillomes sont des produits d'irritation banale que la malpropreté, la pédérastie et la blennorrhagie en sont les causes les plus actives. Chez notre malade on ne relève rien de tel; il y a six mois seulement sont apparues de légères pertes sanguines qui ne se sont plus reproduites depuis; il faut donc admettre qu'à la faveur d'une érosion de la muqueuse s'accompagnant d'hémorragies, s'est installée une inflammation à allure torpide, cause de la tumeur. Dans la suite son évolution a été

assez insidieuse, pas de symptomatologie bruyante, alors qu'une réaction fibreuse et la thrombose des veines témoignent d'une infection assez marquée.

Résumons en quelques mots les caractères de cette néo-formation : tumeur pédiculée, unique, du volume d'une noisette, lisse, d'aspect légèrement inflammatoire, de consistance rénitente, non dépressible par le toucher, recouverte d'une muqueuse adhérente aux plans profonds. Tel est l'aspect clinique qui fait de cette tumeur papillomateuse, une variété spéciale.



CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul traitement du papillome de l'anüs, l'extirpation. Mais il y a plusieurs moyens de la pratiquer.

Dans certains cas le pédicule est si mince qu'il cède à la moindre traction. L'arrachement est alors une excellente méthode. Mais lorsque le pédicule est résistant, lorsqu'il faut exercer des tractions énergiques ou faire une torsion prolongée, la méthode est mauvaise parce qu'elle décolle la muqueuse et expose aux hémorragies.

L'écrasement linéaire, la cautérisation, sont justement abandonnés. Il en est de même du procédé d'Allingham, qui saisissait le pédicule dans un champ et l'y laissait vingt-quatre heures. La ligature consiste à étreindre le pédicule dans un fil qui amène le sphacèle de la tumeur. Elle est souvent difficile à placer. Elle est douloureuse, elle agit lentement.

Le malade étant préparé comme pour toutes les interventions sur le rectum, c'est-à-dire ayant été purgé plusieurs fois, puis constipé, est endormi. L'anüs est dilaté. L'on place une ligature sur le pédicule que l'on sectionnera. Si le pédicule est court ou si l'on craint que le fil ne glisse, on place après la section au ciseau ou au bistouri, un ou deux points de suture profonds. Ainsi sont assurés l'hémostase et la réunion.

CONCLUSIONS

1° D'après l'examen clinique la tumeur envisagée paraît s'être développée aux dépens des couches sous-muqueuse et muqueuse de la région anale.

2° L'examen histologique a précisé le diagnostic en concluant à un papillome.

3° La tumeur appartient donc, comme les condylomes et les végétations, à la même variété histologique, mais au point de vue clinique elle constitue une variété à part totalement différente des végétations et n'ayant avec les condylomes qu'un caractère commun, la forme globuleuse.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r F. VILLAR.

VU :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

Bordeaux, le 11 février 1922.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Papillomata adanum; kauterisation nach Paquelin; Heilung der Operationswunde. In : Eder (A) Aerzell. Ber 1888, Wien, 1889, 66.
- BARGUES. — Contribution à l'étude du papillome. Bordeaux, 1901, n° 8.
- BODENHAMER (W.). — The polymorphic excrescences or vegetations of the margin of the anus. N. York. M. J., 1895, 813-819.
- BOOTH (J.-M.). — Case of papillary tumour of anus. Brit. M. J., London, 1885, 890.
- CHAUMIER. — Un cas de végétations anales chez une fille de 17 mois. *J. de clinique et de therap. inf.*, Paris, 1894, 829-831.
- COULHON. — Affections anales. *Gaz. des hôp.* Paris, 1890, 193-195.
- CREUS. — Papiloma en las margenes del ano. *Genio méd. Quir.*, Madrid, 1880, 51.
- DU CASTEL. — Un cas de sarcome anal. *Annales de dermat. et syph.*, Paris, 1895, 117.
- EGEA. — Papiloma peri-anal, extirpado con el termo-cauterio; curacion. *Siglo méd.*, Madrid, 1880, 666.
- FAURE et RIEFFEL. — Hémorroïdes. *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus), 2° éd., Paris 1898, 817-836.
- HAWKINS (J.-A.). — Hemorrhoids Alkaloid. *Clin. Chicago*, 1895, 209; 1896, 15.
- LANCEREAUX. — Les hémorroïdes. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1901, 23.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie. *Maladies de l'anús et du rectum*, t. XXVIII, 194-216.

- LEMOINE. — Hémorroïdes. *Nord méd.*, Lille 1900, 121-125.
- LERMOYEZ. — Etude sur le condylome anal. *Ann. de dermat. et syph.*, Paris 1882, 708-720.
- LONGUET. — Des tumeurs bénignes du rectum. *Progrès médical*, n^{os} 35, 36, 1898.
- MARTIN GIL. — Vegetaciones peri-anales y subcutaneas en un hombre. *Gac. méd. catal.*, Barcelone 1894, 425-428.
- MOLLIÈRE. — Papillome. *Direction encycl. Société méd.* Paris, 1884.
- NOTIN. — Etude sur le papillome simple. Paris 1884, 1885.
- RIGAUX. — Etude sur de papillome. Paris 1879.
- ROUGIER et TOUPET. — Tuberculose à forme papillomateuse de la région anale. *Cong. p. l'étude de la tuberculose*, 1893. Paris 1894, 506-508.
- QUÉNU. — Etude sur les hémorroïdes, anatomie et physiologie. *Revue de chirurgie*, Paris 1893, 466-484.
- VINCENT. — Hémorroïdes. *Dict. encycl. des Sc. médic.* Paris 1888, 478-508.
- WATKINS. — Hemorrhoids. *Eclect. M. J. Cincin.* 1895, 554-557.
-

